

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
DOCUMENT CONFIDENTIEL



Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :
PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :
SEXE : ☐ M ☐ F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant
(l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances
ou en accueil de loisirs)

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				Rubéole - Oreillons - Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT
MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg, Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de
l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
AUTRES ☐ Oui ☐ Non
Précisez :

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes et la
conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui précisez ☐ Oui ☐ Non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de
l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM Prénom

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM Prénom :

ADRESSE :

TEL DOMICILE :

TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE :

Je soussigné (e), responsable légal du mineur, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les actualiser si
nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas
échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :